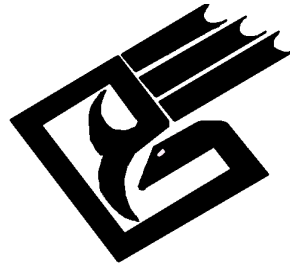


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

دانشکده بهداشت

گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت

پایان نامه کارشناسی ارشد

بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در ارتقاء

بهداشت سیستم اداری - تناسلی در خانم‌های باردار

دانشجو

فرزانه نوروزی

استادان راهنما

دکتر آزیتا نوروزی - دکتر رحیم طهماسبی

استاد مشاور

دکتر داراب مشتاقی

آذرماه ۱۳۹۳



بسم الله الرحمن الرحيم

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
دانشکده بهداشت



پایان نامه کارشناسی ارشد **فرزانه نوروزی** در رشته **آموزش بهداشت** به شماره دانشجویی **۹۱۱۴۳۰۱**
فارغ التحصیل سال ۱۳۹۳ که با عنوان "**بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در ارتقاء بهداشت سیستم ادراری - تناسلی در خانم های باردار**" زیر نظر خانم دکتر آزیتا نوروزی و آقای دکتر رحیم طهماسبی نگاشته شده و به شماره
ثبت رسیده و در تاریخ **۱۳۹۳/۰۹/۰۵** مورد بحث و نقد هیات داوران قرار گرفته با درجه ارزشیابی **عالی**
با موفقیت دفاع شد.
هیات داوران:

ردیف	نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی	سمت در هیات	امضاء
۱	دکتر آزیتا نوروزی	استادیار	استاد راهنما	
۲	دکتر رحیم طهماسبی	استادیار	استاد راهنمای دوم	
۳	دکتر داراب مشتاقی	استادیار	استاد مشاور	
۴	دکتر مریم روانی پور	دانشیار	داور	
۵	دکتر فاطمه نجفی شرح آبادی	استادیار	داور	

تعهد نامه

- عنوان پایان نامه: بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در ارتقاء بهداشت سیستم ادراری - تناسلی در خانم‌های باردار
- اینجانب فرزانه نوروزی دانشجوی کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر تحت راهنمایی دکتر آزیتا نوروزی متعهد می‌شوم:
- نتایج ارائه شده در این پایان نامه حاصل مطالعات علمی و عملی اینجانب بوده، مسئولیت صحت و اصالت مطالب مندرج را به طور کامل بر عهده می‌گیرم.
 - در خصوص استفاده از نتایج پژوهش‌های محققان دیگر به مرجع مورد نظر استناد شده است.
 - مطالب مندرج در این پایان نامه را اینجانب یا فرد دیگری به منظور اخذ هیچ نوع مدرک یا امتیازی تاکنون به هیچ مرجعی تسلیم نکرده است.
 - کلیه حقوق معنوی این اثر به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر تعلق دارد .
- مقالات مستخرج از پایان نامه، ذیل نام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر (Bushehr University of Medical Sciences) به چاپ خواهد رسید.
- حقوق معنوی تمام افرادی که در به دست آمدن نتایج اصلی پایان نامه تاثیر گذار بوده‌اند در مقالات مستخرج از رساله رعایت خواهد شد.
 - در خصوص استفاده از موجودات زنده یا بافت‌های آنها برای انجام پایان نامه، کلیه ضوابط و اصول اخلاقی مربوطه رعایت شده است.

تاریخ

نام و نام خانوادگی دانشجو: فرزانه نوروزی

مالکیت نتایج و حق نشر کلیه حقوق معنوی این اثر و محصولات آن (اعم از مقالات مستخرج، برنامه‌های رایانه‌ای، نرم افزارها و تجهیزات ساخته شده و مانند آن) به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر تعلق دارد و بدون اخذ اجازه کتبی از دانشگاه قابل واگذاری به شخص ثالث نیست.

استفاده از اطلاعات و نتایج این پایان نامه بدون ذکر مرجع مجاز نیست.

چکیده

مقدمه: عفونت ادراری دومین عارضه طبی شایع در بارداری بوده و عوارض مادری و جنینی به همراه دارد. لذا هدف از مطالعه اخیر بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در ارتقاء بهداشت سیستم ادراری - تناسلی در خانم‌های باردار می‌باشد.

مواد و روشها: در این کارآزمایی بالینی، ۱۴۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر بوشهر در دو گروه (هر گروه ۷۰ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. در گروه آموزش حضوری دو جلسه آموزش یک ساعته بر اساس سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی به فاصله یک هفته برگزار شد. گروه شاهد (آموزش غیرحضوری) تنها کتابچه تنظیم شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی را دریافت نمودند. اطلاعات مربوط به آگاهی، سازه های الگو و عملکرد از طریق پرسشنامه محقق ساخته قبل از مداخله، بلافاصله و سپس سه ماه بعد از آموزش جمع آوری شد. جواب آزمایشات ادراری قبل و سه ماه بعد از مداخله مورد بررسی قرار گرفت. پس از جمع آوری اطلاعات، داده‌ها توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۲۰ با استفاده از آزمون‌های مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: قبل از انجام مداخله آموزشی میانگین نمره آگاهی، عملکرد و کلیه سازه های الگو (بجز شدت درک شده) در هر دو گروه یکسان بود. پس از انجام مداخله در گروه آموزش حضوری علاوه بر آگاهی، کلیه سازه ها و نمره عملکرد افزایش معنی داری داشته اند ($p < 0.001$) همچنین در گروه آموزش غیرحضوری، نمره آگاهی و کلیه سازه ها بجز سازه شدت درک شده دارای افزایش معنی دار بود ($p < 0.001$). مقایسه دو گروه در طول دوره نشان داد که افزایش نمره آگاهی و سایر سازه ها در گروه آموزش حضوری بیش از آموزش غیر حضوری بوده است.

نتیجه گیری: تفاوت معنادار در میزان آگاهی، اجزای نگرشی و عملکرد مادران باردار در زمینه رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت سیستم ادراری - تناسلی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، ضرورت استفاده از مداخلات آموزشی طراحی شده به منظور اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده را بیان می کند که با توجه به مشکلات زنان باردار جهت مراجعه به درمانگاه، می توان جهت آموزش های مورد نیاز این دوران از طریق تنظیم کتابچه هایی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی به زنان باردار اقدام نمود.

کلید واژه‌ها: عفونت ادراری، بارداری، الگوی اعتقاد بهداشتی، آموزش.

تقدیم به:

خدایی که آفرید جهان را، انسان را، عقل را، علم را، معرفت را، عشق را

و به کسانی که عششان را در وجودم دمید

به استوارترین تکیه گاهم، دستان پر مهر پدرم

به سبزترین کلام زندگیم، دعای خیر مادرم

که هرچه آموختم در مکتب عشق شما آموختم و هرچه بگو شتم قطره ای از دریای بی کران مهربانیتان را
پاس نتوانم گفت.

امروز، هستی ام به امید شلم ست و فردا کلید باغ به شتم رضای شما

ره آوردی کران سنگ تر از این ارزان نداشتم تا به خاک پیتان نثار کنم، باشد که حاصل تلاشم
نسیم گونه غبار خشکیتان را برزداید.

بوسه ارادتم بر دستان پر مهرتان جاودان باد.

به برادر بزرگوار و فرشته های زمینی (خواهرانم)

آنان که لبهم آغاز کردیم، در کنار هم آموختیم و به امید هم به آینده چشم می دوزیم. قلبم لبریز از
عشق به شماست و خوشبختی تان منتهای آرزویم.

به موبیت الهی، همسر

او که مهر آسمانی اش آرامبخش آلام زمینی ام است، به پاس قدردانی از قلب آکنده از عشق و
صمیمیتش، که محیطی سرشار از امنیت، آرامش و آسایش را برایم فراهم آورده است و بدون
حمایت و یاریش شروع این وادی امکان پذیر نبود.
و به میوه باغ زندگی ام، ماهان عزیزم که وجودش کرامت بخش کاشانه ام و آسایش او مایه آرامش
من است.

تقدیر و شکر

معبودا، اعتراف می کنم که نه زبان شکر تو دارم و نه توان سپاس از بندگان تو، اما بر حسب
وظیفه، خود را موظف می دانم از کلمات بی ثابته همه بزرگوارانی که در رسیدن به این هدف مرایاری
نمودند و چراغ راهم شدند مراتب سپاس و شکر را بجا آورم:

اساتی و فریخته و بزرگوار، سرکار خانم دکتر آریتا نوروزی و جناب آقای دکتر رحیم طماسبی که
مرا با دنیای ژرف تحقیق و آموزش آشنا نمودند و با نظرات دقیق و همراهی بی دریغ زحمات
راهنمایی این پروژه را متقبل شدند و صبورانه در به انجام رسیدن این مهم یاریم رسانند.

استاد گرامی جناب آقای دکتر داراب مشاتی که علیرغم مشغله فراوان با دقت و حوصله
مشاوره مباحث کلیکی تحقیق را به عهده داشتند نهایت سپاس را دارم.

در نهایت از همکاری مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامائی سرکار خانم دکتر فائزه جهان
پور) ریاست محترم دانشکده) و
سرکار خانم طیه غریبی (معاون محترم پژوهشی دانشکده) که طی این مقطع تداخل تحصیلی و اشتغال را
برایم هموار نمودند، بهنجین از

سرکار خانم منیره کرم زاده (مسئول دفتر دانشکده) و همه کسانی که به نوعی در به ثمر رساندن این تحقیق
یاریم رسانند صمیمانه سپاسگزارم.

فهرست مطالب

فصل اول: مقدمه و کلیات

۱-۱- مقدمه	۲
۱-۲- بیان مسئله	۳
۱-۳- معرفی پژوهش	۷
۱-۳-۱- آموزش بهداشت	۷
۱-۳-۱-۲- استفاده از الگو در آموزش بهداشت	۸
۱-۳-۱-۲-۱- الگوی اعتقاد بهداشتی	۸
۱-۳-۱-۲-۱-۱- تشریح و تبیین الگو	۸
۱-۳-۱-۲-۲- تاریخچه الگوی اعتقاد بهداشتی	۹
۱-۳-۱-۲-۳-۱- چارچوب نظری الگوی اعتقاد بهداشتی	۱۰
۱-۳-۱-۲-۳-۱-۱- نظریه شناختی	۱۰
۱-۳-۱-۲-۳-۱-۲- نظریه انتظار ارزش	۱۰
۱-۳-۱-۲-۳-۱-۳-۱- نظریه محرک- پاسخ	۱۱
۱-۳-۱-۲-۳-۱-۴- اجزای الگوی اعتقاد بهداشتی	۱۲
۱-۳-۱-۲-۳-۱-۵- طرز استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی	۱۷
۱-۳-۱-۲-۳-۱-۶- چالشها و محدودیتهای کار با الگوی اعتقاد بهداشتی	۱۸
۱-۳-۱-۳-۱- عفونت ادراری در بارداری	۱۸
۱-۳-۱-۳-۱- سیستمیت و اورتریت	۱۹
۱-۳-۱-۳-۱-۲- پیلونفریت حاد	۱۹
۱-۴- اهداف پژوهش	۲۰
۱-۴-۱- هدف کلی	۲۰

- ۲۰ ۲-۴-۱- اهداف جزئی
- ۲۱ ۳-۴-۱- اهداف کاربردی
- ۲۱ ۴-۴-۱- فرضیات
- ۲۲ ۵-۴-۱- سوالات
- ۲۲ ۵-۱- مروری بر مطالعات

فصل دوم: مواد و روش‌ها

- ۳۷ ۱-۲- تعریف نظری و عملی متغیرهای مورد مطالعه
- ۳۷ ۱-۱-۲- عفونت ادراری
- ۳۷ ۲-۱-۲- رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت سیستم ادراری- تناسلی
- ۳۸ ۳-۱-۲- حساسیت درک شده
- ۳۸ ۴-۱-۲- شدت درک شده
- ۳۸ ۵-۱-۲- منافع درک شده
- ۳۸ ۶-۱-۲- موانع درک شده
- ۳۹ ۷-۱-۲- خودکارآمدی درک شده
- ۳۹ ۸-۱-۲- عوامل واسطه ای
- ۳۹ ۲-۲- روش مطالعه
- ۳۹ ۱-۲-۲- نوع مطالعه
- ۳۹ ۲-۲-۲- واحد و جامعه مورد مطالعه
- ۴۰ ۳-۲-۲- حجم نمونه، محاسبه آن و روش نمونه‌گیری
- ۴۱ ۴-۲-۲- محیط انجام مطالعه
- ۴۱ ۵-۲-۲- مراحل انجام مطالعه
- ۴۳ ۳-۲- روش‌ها و ابزار گردآوری اطلاعات

فهرست تصاویر

شکل ۱-۱: ارتباط سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی ۱۷

فهرست جداول

- جدول ۱-۳: مقایسه وضعیت عوامل واسطه‌ای در دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری ۵۱
- جدول ۲-۳: مقایسه میانگین نمره آگاهی در زمینه عفونت ادراری بین دو گروه قبل از آموزش ۵۲
- جدول ۳-۳: مقایسه تغییرات میانگین نمره آگاهی بین دو گروه در طول دوره آموزش ۵۳
- جدول ۴-۳: مقایسه میانگین نمرات سازه‌ها در دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری در مرحله قبل از آموزش ۵۴
- جدول ۵-۳: تغییرات میانگین سازه حساسیت درک شده در طول مطالعه در هر دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری ۵۵
- جدول ۶-۳: مقایسه میانگین سازه شدت درک شده در طول مطالعه به تفکیک دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری ۵۷
- جدول ۷-۳: تغییرات میانگین سازه منافع درک شده در طول مطالعه در هر دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری ۵۸
- جدول ۸-۳: تغییرات میانگین سازه موانع درک شده در طول مطالعه در هر دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری ۶۰
- جدول ۹-۳: تغییرات میانگین سازه خودکارآمدی درک شده در طول مطالعه در هر دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری ۶۱
- جدول ۱۰-۳: مقایسه میانگین نمره انجام رفتار بهداشتی در هر دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری قبل از آموزش ۶۳
- جدول ۱۱-۳: مقایسه تغییرات در میانگین نمره رفتار بهداشتی در طول مطالعه در دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری ۶۳
- جدول ۱۲-۳: مقایسه فراوانی نسبی عفونت ادراری در طول مطالعه در دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری ۶۵

فهرست نمودارها

- نمودار ۱-۳ : مقایسه تغییرات میانگین نمره آگاهی درک شده در طول مطالعه در دو گروه.....۵۳
- نمودار ۲-۳ : مقایسه تغییرات میانگین نمره حساسیت درک شده در طول مطالعه در دو گروه.....۵۶
- نمودار ۳-۳ : مقایسه تغییرات میانگین نمره شدت درک شده در طول مطالعه در دو گروه.....۵۷
- نمودار ۴-۳ : مقایسه تغییرات میانگین نمره منافع درک شده در طول مطالعه در دو گروه.....۵۹
- نمودار ۵-۳ : مقایسه تغییرات میانگین نمره موانع درک شده در طول مطالعه در دو گروه.....۶۰
- نمودار ۶-۳ : مقایسه تغییرات میانگین نمره خودکارآمدی درک شده در طول مطالعه در دو گروه.....۶۲
- نمودار ۷-۳ : مقایسه تغییرات میانگین نمره رفتار بهداشتی درک شده در طول مطالعه در دو گروه.....۶۴

فهرست علائم و اختصارات

علامت	معادل کامل انگلیسی	معادل فارسی
HBM	Health Belief Model	الگوی اعتقاد بهداشتی
SCT	Social Cognitive Theory	نظریه شناخت اجتماعی
UTI	Urinary Tract Infection	عفونت ادراری
VET	Value Expectancy Theory	نظریه انتظار ارزش
CVI	Content Validity Index	نسبت روایی محتوا
CVR	Content Validity Ratio	شاخص روایی محتوا

فصل اول

مقدمه

۱-۱ مقدمه

یکی از اعضای بدن که به طرق مختلف مورد تهاجم عوامل عفونت‌زا قرار می‌گیرد دستگاه ادراری است. در عفونت ادراری^۱ محل درگیری، کلیه‌ها، حالب، مثانه و پیشابراه بوده و اکثراً علایم موضعی ایجاد می‌کند ولی تظاهرات بالینی همواره محل دقیق عفونت را نشان نمی‌دهد. میزان شیوع عفونت ادراری بستگی به سن و جنس دارد (۱ و ۲). در طی سال اول زندگی شیوع آن در پسران بیشتر از دختران بوده و پس از آن در تمام دوران زندگی در زنان بیشتر از مردان می‌باشد (۳). به نظر می‌رسد علت افزایش شیوع عفونت ادراری در زنان به دلیل نزدیکی پیشابراه خانم‌ها به مقعد، طول کوتاه پیشابره، قرارگیری مجرای خروج ادرار در زیر لیبیا و محیط گرم و مرطوب پرینه باشد (۴).

حدود ۴۰ درصد از زنان حداقل یک بار در دوران زندگی خود به عفونت ادراری مبتلا می‌شوند (۵). بطور کلی عفونت ادراری یکی از شایع‌ترین عفونت‌ها در مردان، زنان و همه گروه‌های سنی (۶) و دومین عفونت شایع پس از عفونت‌های تنفسی در جامعه است که قابل درمان و پیشگیری می‌باشد ولی در صورت عدم درمان منجر به پیلونفریت (عفونت کلیه) و باکتری می (باکتری در خون) می‌گردد (۷). عفونت ادراری در زنان یک شاخص مهم بهداشتی جامعه محسوب می‌شود (۸).

در بارداری نیز به‌علت تغییرات فیزیولوژیکی و آناتومیکی دستگاه ادراری، شیوع عفونت ادراری بیشتر می‌باشد و دومین عارضه طبی شایع در حاملگی بعد از آنمی بوده که اگر درست کنترل نشود می‌تواند نتایج سوئی بر بارداری داشته باشد (۹).

¹ Urinary Tract Infection (UTI)

با توجه به عوارض مادری و جنینی عفونت ادراری در بارداری پیشگیری از آن به شدت مورد توجه می باشد.

۲-۱- علل مسئله

عفونت ادراری از شایع ترین عفونت های باکتریایی و دومین عارضه طبی شایع در حاملگی بعد از آنمی می باشد (۱۰ و ۱۱).

تغییرات آناتومیک و فیزیولوژیکی دستگاه ادراری در بارداری شامل هیدرونفروز، هیدروپوتر، کاهش تونیسیتة مثانه، رفلاکس مثانه به حالب، اتساع مثانه و مجاری ادرار، استاز ادرار، تغییرات PH و گلوکوزوری موجب شیوع بالای عفونت ادراری در بارداری می شود (۱۰). به وجود باکتری در ادرار باکتریوری گویند که در حاملگی به دو گروه باکتریوری علامت دار و بدون علامت تقسیم می شود (۱۱ و ۱۲).

در باکتریوری بدون علامت، باکتری ها در مجاری ادراری فرد تکثیر کرده ولی علایم بالینی ایجاد نمی کند. کشت ادرار در این افراد حاوی بیش از 10^5 باکتری در هر میلی لیتر ادرار می باشد (۱۰). شیوع باکتریوری بدون علامت در آمریکا ۱۱-۲٪ است (۱۳) و در ایران ۶-۱۱٪ زنان باردار را تحت تاثیر قرار می دهد (۱۴).

از آنجا که باکتریوری بدون علامت در ایجاد عفونت های ادراری علامت دار بسیار مهم می باشد لازم است تمام زنان باردار جهت رد عفونت ادراری بررسی شوند، زیرا تقریباً ۴۰-۲۰٪ از زنان مبتلا، در صورت عدم درمان با گرفتار شدن کالیکس ها، لگنچه و پارانشیم کلیه دچار پیلونفریت می شوند (۱۳). عواملی چون تعداد بارداری، نژاد، وضعیت اقتصادی- اجتماعی و بیماری هایی چون دیابت، آنمی و آنمی سیکل سل در بروز عفونت ادراری در دوران بارداری نقش دارند (۱۰).

عفونت های ادراری در صورت عدم تشخیص زودهنگام و درمان به موقع، بار مالی و مشکلات مادری و جنینی بسیاری را بدنبال دارد، بطوریکه طبق برآورد انجام شده، هزینه سالانه بس تری و درمان عفونت های مثانه و مجاری ادرار در ایالات متحده بیش از ۱ میلیارد دلار می باشد (۱۵).

علاوه بر هزینه سنگین، عفونت ادراری در دوران بارداری عوارض مادری و جنینی در پی دارد . از جمله عوارض مادری می‌توان به پیلونفریت، پره اکلامپسی، شوک سپتیک، آنمی و آندومتريت اشاره نمود. عوارض جنینی عفونت ادراری در دوران بارداری شامل کاهش وزن زمان تولد، زایمان زودرس که به دنبال آن نارسایی تنفسی، مرگ جنین، عقب ماندگی ذهنی و کاهش ضریب هوشی می‌باشد (۱۷و۱۶و۱۵). همانطور که ذکر گردید ۴۰-۲۰ درصد از زنان باردار بدنبال عفونت ادراری درمان نشده دچار پیلونفریت می‌گردند (۱۳) که شایع‌ترین علت بستری زنان قبل از زایمان است (۱۸) و حتی در صورت عدم درمان به موقع، میزان مرگ و میر جنینی، کاهش وزن زمان تولد و اختلال رشد روانی- حرکتی کودکان متولد شده از این مادران افزایش می‌یابد. همچنین پیلونفریت در مادران موجب پارگی زودرس پرده‌های جنینی و متعاقب آن زایمان زودرس، مسمومیت حاملگی، سپتی سمی، شوک و کم‌خونی می‌گردد (۱۹و۲۰).

در صورت بروز عفونت ادراری، باید بلافاصله درمان دارویی صورت گیرد. از عوامل آنتی میکروبیال مورد استفاده در این زمینه می‌توان به آموکسی سیلین، سیپروفلوکسازین، سفالکسین و نیتروfurانتوئین اشاره کرد. همه داروهای ذکر شده، بر اساس طبقه بندی سازمان غذا و دارو (FDA)، از دسته داروهای گروه B می‌باشند که مطالعات کافی در مورد بی خطر بودن آنها در حاملگی انجام نشده است (۲۱)، همچنین عقب افتادگی ذهنی و تکاملی در کودکانی که مادران آنها در بارداری به علت ابتلا به عفونت ادراری، آنتی بیوتیک دریافت کرده بودند بیشتر می‌باشد (۲۲).

در مطالعات انجام شده، درمان ضد میکروبی عفونت ادراری منجر به کاهش زایمان زودرس نشده (۲۳)، به‌علاوه شانس عود عفونت در تمام درمها ۳۰٪ می‌باشد (۲۱).

باتوجه به موارد ذکر شده، پیشگیری از عفونت ادراری از هر لحاظ مقرون به صرفه می‌باشد (۲۳). بر اساس مطالعات انجام شده پاره‌ای از رفتارها در پیشگیری از عفونت ادراری موثر می‌باشند که از آن جمله می‌توان به نحوه لباس پوشیدن، عادات غذایی، عادات ادراری، نحوه نظافت و عادات مربوط به رفتار جنسی اشاره نمود (۲۴و۱۸).

رفتار انسان در پیشگیری، کنترل، درمان و نوتوانی بخش اعظم مشکلات بهداشتی نقش مهمی را ایفا می‌نماید. عموماً این مشکل وجود دارد که جامعه توصیه‌های بهداشتی را نادیده گرفته و همچنان به رفتارهایی که برای سلامتی زیان آورند، ادامه می‌دهند (۲۵).

افراد و جوامع برای شناخت و عمل به شیوه‌های درست زندگی، حفظ سلامت و پرهیز از بیماری‌ها، نیازمند آموزش رفتارهای صحیح بهداشتی هستند (۲۶).

هدف از آموزش بهداشت ایجاد رفتارهای بهداشتی به منظور ارتقاء و حفظ سلامتی است. اما تغییر رفتار مشکل‌تر از آن است که بتوان با آموزش‌های سنتی انتظار تحقق آن را داشت. خصوصاً آموزش بزرگسالان به راحتی امکان‌پذیر نیست، آنها باید خودشان تمایل به آموزش داشته باشند. برای آموزش آنها باید روی رفتارها و عملکردها تأکید کرد، یعنی نتیجه کار برای آنها روشن و واضح باشد (۲۷).

اثر بخشی برنامه‌های آموزش بهداشت به مقدار زیادی بستگی به استفاده صحیح از تئوری‌ها و الگوهای مورد استفاده در آموزش بهداشت دارد. انتخاب یک الگوی تغییر رفتار، برای آموزش بهداشت اولین گام در فرآیند برنامه‌ریزی می‌باشد و الگوی مناسب، برنامه را در مسیر صحیح شروع کرده و قسمت‌های ناپیدا و مبهمی که ممکن است در محتوای اصلی یک مداخله آموزشی وجود داشته باشد را کاهش می‌دهد و نیز چارچوبی برای اندازه‌گیری و ارزیابی برنامه‌های آموزشی فراهم می‌کند و به این ترتیب به هدایت برنامه تا مرحله ارزشیابی جهت می‌دهد (۲۸). یکی از الگوهای آموزشی مطرح در آموزش بهداشت، الگوی اعتقاد بهداشتی^۱ است (۲۹) که در سطح فردی عمل کرده و بطور وسیعی برای توضیح رفتارهای پیشگیرانه بکار برده می‌شود (۱۹). رفتار بهداشتی پیشگیری کننده عبارت از هر عملی است که به منظور سالم ماندن توسط شخص انجام می‌گیرد (۳۰).

تفکر اولیه مدل اعتقاد بهداشتی توسط هوچبام^۲ و روزنستاک^۳ ایجاد گردید. علت به کارگیری این مدل، مطالعه علل عدم پذیرش مسائل بهداشتی توسط مردم و تبیین رفتار افرادی بود که خود را از بیمار

^۱ Health Belief Model (HBM)

^۲ Hochbaum

^۳ Rosenstock

شدن مبرا می‌دانستند و بررسی این موضوع که چرا عده‌ای رفتار پیشگیری کننده را اتخاذ می‌کنند اما عده‌ای دیگر آن را اتخاذ نمی‌کنند (۲۸).

این الگو رابطه اعتقادات بهداشتی با رفتار بهداشتی را نشان می‌دهد و بر این فرض استوار است که رفتار پیشگیری کننده بر اساس اعتقادات شخصی است. به عبارت دیگر رفتار را تابعی از دانش و نگرش فرد می‌داند. در واقع الگوی اعتقاد بهداشتی، بر این موضوع که چگونه ادراک شخص ایجاد انگیزه و حرکت کرده و سبب ایجاد رفتار در او می‌شود تأکید می‌کند (۳۱).

بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، مردم زمانی نسبت به پیام‌های بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها^۱ عکس‌العمل خوب و مناسبی از خود نشان می‌دهند که احساس کنند در معرض خطر قرار دارند (حساسیت درک شده^۱) و این خطر جدی می‌باشد (شدت درک شده^۲)، پس از آن، منفعت حاصل از این تغییر رفتار را درک کنند (فواید درک شده^۳) و در صورت وجود موانع، سعی در رفع آن کرده (موانع درک شده^۴) و خودکارآمدی^۵ خود (اطمینان فرد در مورد توانایی شخصی خود جهت انجام رفتار مورد نظر) را افزایش دهند و راهنمای عمل^۶ لازم به منظور اتخاذ رفتار پیشگیری کننده را دریافت کنند. در این صورت است که مداخلات و برنامه‌ریزی‌های آموزشی موثر واقع می‌شود (۳۲).

با توجه به جدی بودن عوارض و پیامدهای عفونت ادراری در دوران بارداری، جهت پیشگیری از این عفونت در دوران بارداری نیاز به یک برنامه آموزشی بر اساس الگوهای بهداشتی که بتواند در سطح فردی جهت انجام رفتارهای پیشگیرانه عمل کند بسیار ضروری به نظر می‌رسد و همانطور که در بالا اشاره شده الگوی اعتقاد بهداشتی یکی از بهترین الگوها در این زمینه می‌باشد. لذا محققین بر آن شدند تا مطالعه‌ای تحت عنوان تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در ارتقاء بهداشت سیستم ادراری - تناسلی در خانم‌های باردار انجام دهند تا از این طریق گامی در جهت ارتقای سلامت مادران و نوزادان

¹ Percieved susceptibility

² Perceived severity

³ Perceived benefits

⁴ Perceived barriers

⁵ Self efficacy

⁶ Cues to action

بردارند. بطور حتم محققین بر این باورند که یافته‌های این تحقیق به کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در انتخاب و بهبود برنامه‌های آموزشی دوران بارداری کمک شایانی می‌نماید.

۳-۱ معرفی پژوهش

۱-۳-۱ آموزش بهداشت

از نظر گریفت^۱ (۱۹۷۲) آموزش بهداشت تلاش برای از بین بردن شکاف میان آنچه که سلامت

مطلوب نامیده می‌شود و آنچه که در واقع وجود دارد می‌باشد.

سیموند^۲ (۱۹۷۶) در این باره می‌گوید آموزش بهداشت تغییر در رفتارهای مضر افراد، گروه‌ها و جمعیت‌های بزرگ به سمت رفتارهایی که منجر به بهبود سلامت می‌گردد می‌باشد، بطوریکه این تغییر رفتارها باید داوطلبانه و آگاهانه ایجاد گردد (۲۸).

در سالهای ۱۹۷۰ به رفتارهای فردی بعنوان عوامل تعیین کننده سلامت در اجتماع توجه می‌کردند ولی با گذشت زمان و در سالهای ۱۹۸۹ به بعد تغییرات گسترده‌ای در آموزش بهداشت ایجاد گردید و به جای توجه به عوامل فردی به علل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی تأثیرگذار بر سلامت نیز توجه خاصی گردید (۲۸).

۱-۳-۱-۱ نقش نظری و الگوهای آموزش بهداشت

یک نظریه به شرح و بیان عوامل زیر می‌پردازد:

۱. عوامل اصلی که بر بروز یک رفتار یا پدیده بهداشتی تأثیر می‌گذارد.

۲. بیان چگونگی ارتباط این عوامل با تأثیر گذار

۳. توضیح شرایطی که تحت آن شرایط این ارتباط ممکن است اتفاق افتد یا نه.

بسیاری از نظریه‌هایی که در آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت بکار می‌روند کاملاً در قالب تعریفی

که بیان شد نمی‌گنجد و دارای شواهد تجربی کافی نمی‌باشند و ممکن است خود شامل یک یا چند

تئوری باشند، به همین دلیل بهتر است به بسیاری از این نظریه‌ها، الگو اتلاق گردد.

¹ Grift
² Symond

۱-۳-۲ استفاده از الگو در آموزش بهداشت

اثر بخشی برنامه‌های آموزشی و شناخت عوامل مؤثر بر تغییر رفتارهای غیر بهداشتی به مقدار زیادی بستگی به استفاده صحیح از نظریه‌ها و الگوهای مورد استفاده در آموزش بهداشت دارد (۳۳). استفاده از نظریه یا الگو می‌تواند از طریق شناساندن بهتر مشکل، توضیح و توصیف نیازهای جمعیت هدف، توضیح و ارائه پیشنهاداتی درباره چگونگی تغییر رفتارهای بهداشتی و شناسایی تعیین کننده‌های رفتار، به برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی آموزشی کمک نماید (۳۴).

۱-۳-۲ الگوی اعتقاد بهداشتی

۱-۲-۳-۱ تشریح و تبیین الگو

کاسل و کوب (۱۹۶۶) سه نوع از رفتارهای مربوط به سلامت را طبقه‌بندی می‌نمایند. اولین نوع رفتارها، رفتارهای پیشگیرانه (یا بهداشتی) است که مشتمل بر اعمال انجام گرفته در جهت پیشگیری از بیماری یا کشف آن در مرحله‌ی بدون علامت بوسیله‌ی شخص می‌باشد که به آنها رفتارهای سلامت گویند. دومین نوع، رفتارهای ناخوشی هستند و شامل اعمالی می‌باشند که توسط شخصی که احساس بیماری می‌کند انجام می‌شود تا وضعیت سلامت خودش را بررسی نموده و درمان‌های مناسب را پیدا کند. سومین نوع رفتارها، اعمال صورت گرفته بوسیله افراد بیمار به منظور کسب بهبودی می‌باشند. الگوی اعتقاد بهداشتی یکی از اولین نظریه‌هایی است که منحصرأً برای رفتارهای مربوط به سلامت بوجود آمد ولی بعدها جهت رفتارهای ناخوشی و رفتارهای مرتبط با بیماری‌های مزمن نیز بکار بسته شد و هم اکنون نیز در زمره رایجترین الگوها به شمار می‌رود (۳۱).

ساختار این الگو راهنمایی ویژه‌ای برای برنامه‌ریزی مداخلاتی فراهم می‌سازد. براساس آزمایشات متعدد صورت گرفته در طی سال‌ها، این الگو گسترش یافته و از نظریه‌های دیگر نیز جهت تقویت قدرت بالقوه پیشگویی کننده‌ی آن کمک گرفته شده است (۲۸).

۱-۳-۲-۲ تاریخچه الگوی اعتقاد بهداشتی

الگوی اعتقاد بهداشتی منشاء گرفته از مطالعات گروهی از روانشناسان اجتماعی آمریکا، گادفری هوچام، استفان کگل و ایروین روزن استاک در دهه ۱۹۵۰ می‌باشد. این روانشناسان اجتماعی با مسئله-ای روبرو شدند مبنی بر اینکه شمار بسیار اندکی از مردم در برنامه‌های پیشگیری و غربالگری بیماری شرکت می‌نمودند. خدمات بهداشت عمومی، واحدهای عکسبرداری از قفسه سینه را جهت غربالگری رایگان سل به محله‌های مختلف فرستاد ولی همچنان شمار بسیار اندکی از مردم از مزایای چنین خدماتی بهره‌گیری می‌نمودند. گروهی از روانشناسان اجتماعی برای توضیح این پدیده و کمک به جلب مشارکت مردم وارد عمل شدند، آنها فرض کردند که اعتقاد افراد به اینکه ممکن است آنها مستعد بیماری خاصی باشند یا خیر و همچنین آگاهی افراد راجع به منافع و تلاش در جهت پرهیز از آن، آمادگی آنها به انجام عمل را تحت الشعاع قرار می‌دهد (۲۸). در این راستا از نظریه‌ی کرت لوین^۱ نیز استفاده کردند. نظریه لوین و همکارانش آن بود که رفتار بستگی به دو متغیر دارد:

۱. ارزشی که بوسیله شخص بر پیامد رفتار نهاده می‌شود (ارزش حاصله).

۲. برآورد شخص از این احتمال که یک عمل مشخص منتج به آن پیامد خواهد شد (انتظار

نتیجه) (۳۱).

به عبارتی ارزش گذاری فرد بر اهدافی که بسیار موفقیت آمیز، قابل حصول و ساده باشد. بطوریکه اگر دستیابی به هدفی مشکل باشد احتمال موفقیت بسیار کمتر بوده و در نتیجه ارزش گذاری منفی می‌شود و برعکس (۳۵).

۱-۳-۲-۳ چارچوب نظری الگوی اعتقاد بهداشتی

۱-۳-۲-۳-۱ نظریه شناختی^۲

نظریه شناختی به نقش فرضیات ذهنی یا انتظارات تکیه دارد. از نظر این دیدگاه، رفتار را عملکرد ارزش ذهنی یا انتظاری از عمل خاص می‌دانند. فرایندهای ذهنی مانند فکر کردن، استدلال کردن، فرض

^۱ Lewin

^۲ Cognitive Theory

می‌شود. انگیزه‌ها، ویژگی‌هایی هستند که موجب پرورش شخص جهت پیگیری مشوق‌های مثبت و پرهیز از مشوق‌های منفی می‌گردند.

الگوی سودمندی منتظره‌ی ذهنی ادواردز (۱۹۵۴)، بر این ادعاست که عمل فرد، مبتنی بر ارزش ذهنی یا سودمندی حصول هدف و احتمال انتزاعی یا امکان دستیابی به آن هدف می‌باشد.

الگوی تصمیم‌گیری تحت شرایط عدم اطمینان فدرز (۱۹۵۹)، دارای سه ساختار شامل جذابیت دستیابی، که شامل ترجیح فرد جهت پیگیری یک هدف، احتمال موفقیت، که شامل احتمال دستیابی به یک هدف مشخص و پتانسیل انتخابی، که شامل رفتار صورت گرفته است می‌باشد.

الگوی تقویت روتر (۱۹۵۴)، مدعی است که رفتار، مبتنی بر انتظار یک پیامد مشخص از یک عمل مشخص و تقویت حاصل از یادگیری قبلی می‌باشد.

نظریه‌ی توماس (۱۹۵۵) به حمایت از کاربرد ۶ متغیر (سه متغیر مثبت و سه متغیر منفی) برای انجام هرگونه رفتار می‌پردازد.

میمن و بکر (۱۹۷۴) خاطر نشان می‌کنند که همه این الگوها رفتار را براساس دو متغیر پایه با نام‌های ارزش نهاده شده توسط شخص بر هدف ویژه (جذابیت هدف) و تخمین فرد در مورد احتمال دستیابی به آن هدف (احتمال ذهنی)، پیش‌بینی می‌نمایند. بنابراین همه این نظریه‌ها، نظریه‌های انتظار ارزش محسوب می‌شوند (۳۱).

۱-۳-۲-۳- نظریه محرک - پاسخ^۱

در اوایل سالهای ۱۹۵۰ روانشناسان اجتماعی، درصدد توسعه روشی جهت درک رفتار تحت تأثیر دو منبع اصلی یعنی نظریه محرک - پاسخ و نظریه شناختی برآمده بودند. دانشمندان پیرو نظریه محرک- پاسخ بر این عقیده‌اند که یادگیری در نتیجه وقایع (تقویت کننده‌ها) و تبدیل شدن آنها به رفتار حاصل شده و رفتاری که موجب اجتناب از تنبه می‌شود، منجر به یادگیری می‌گردد. به عبارتی ما در نتیجه‌ی پیامدهای عمل خودمان یاد می‌گیریم که رفتار جدیدی را انجام دهیم و یا رفتار موجود را تغییر

¹ Stimulus Response Theory

دهیم (تاکید بر نقش تقویت کننده‌ها، مجازات‌ها و پاداش‌ها). اسکینر در سال ۱۹۳۸ فرضیه ای در مورد اینکه تکرار دفعات رفتار، پیامد تقویت کننده‌هاست ارائه داد که در سطح وسیعی مورد قبول واقع شد (۳۵).

۱-۳-۲-۴ اجزای الگوی اعتقاد بهداشتی

مفاهیم مطرح شده در الگوی اعتقاد بهداشتی شامل عوامل تعدیل کننده، باورهای فردی و رفتار می‌باشد.

۱. عوامل تعدیل کننده^۱: به صورت غیو مستقیم بر رفتار اثر می‌گذارد و شامل متغیرهای دموگرافیک از جمله سن، جنس، قومیت، متغیرهای روانی - اجتماعی شامل شخصیت، ویژگی‌های روانی فرد، طبقه اجتماعی و گروه فرد و رهن متغیرهای ساختاری از قبیل آگاهی و برخورد قبلی فرد با بهمار ی لی مشکل بهداشتی می‌باشد (۲۸).

۲. باورهای فردی: به صورت مستقیم بر رفتار اثر می‌گذارد و شامل سازه‌های حساسیت و شدت درک شده، فواید و موانع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی می‌باشد (۳۵).

حساسیت درک شده: اشاره به باور انتزاعی می‌نماید که یک شخص در رابطه با ابتلا به یک بیماری دارد. افراد مختلف، به طور قابل ملاحظه‌ای در مورد ادراکشان از حساسیت به هرگونه ناخوشی یا اختلال آسیب‌زای مشخص، متفاوت هستند. در یک سوی طیف، افرادی قرار دارند که کاملاً هرگونه احتمال ابتلا به بیماری را انکار می‌نمایند. در میانه‌ی طیف، افرادی هستند که ممکن است احتمال ابتلا به بیماری را بپذیرند ولی معتقدند که احتمال نمی‌رود آن بیماری برای آنها رخ دهد. در سوی دیگر طیف، افرادی قرار دارند که نسبت به ابتلا به بیماری دچار وحشت بوده و معتقدند که به احتمال قوی دچار آن بیماری می‌گردند. هرچقدر شخص خودش را حساس و مستعد به بیماری بداند، احتمال بیشتری می‌رود که دست به اقدامات پیشگیرانه بزند یعنی برای اتخاذ عملکردهای پیشگیری کننده، افراد باید نخست در برابر مسئله یا ابتلا به بیماری احساس خطر نمایند (۳۶).

¹ Modifying Factors

حساسیت درک شده دارای یک جزء شناختی قوی بوده و تا حدودی وابسته به دانش فرد است. بر

اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، آموزشگران بهداشت می بایست اقدام به ایجاد حساسیت درک شده بوسیله‌ی تشریح احتمال بروز عواقب منفی و جلوه دادن خطرات برای مددجویانشان نمایند. البته جانب احتیاط را نیز می‌بایست مد نظر داشت. در ایجاد حساسیت درک شده، نباید به بروز ترس بیش از حد و غیر واقع‌گرایانه دامن زد.

شدت درک شده: اشاره به باور انتزاعی فرد در مورد وسعت آسیبی دارد که می‌تواند در نتیجه ابتلا

به بیماری یا وضعیت زیان‌بار حاصل از یک رفتار خاص، پدید آید. این ادراک نیز از شخصی به شخص دیگر متفاوت است و ممکن است شخصی، بیماری را از منظر پزشکی صرف ملاحظه نموده و بنابراین نگران علایم، نشانه‌ها و هر نوع محدودیت حاصل از اختلال مورد نظر، ماهیت موقتی یا دائمی اختلال، امکان ایجاد مرگ توسط آن و نظایر آن باشد. در حالیکه شخص دیگری ممکن است به آن بیماری از یک چشم انداز گسترده‌تر نظیر داشتن اثرات جانبی بر روی خود، خانواده، شغل یا روابطش بنگرد (۳۷).

این سازه از الگو، ارزشیابی از نتایج بالینی پزشکی است که بر اساس آن میزان مرگ و میر، ناتوانی و درد ناشی از بیماری را مورد بررسی قرار داده و بر مبنای علائم فوق‌الذکر شدت بیماری تعیین می‌شود (۳۷). همانند حساسیت درک شده، شدت درک شده نیز دارای یک جزء شناختی قوی وابسته به دانش فرد می‌باشد. بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، آموزشگران بهداشت می‌بایست اقدام به ایجاد شدت درک شده بوسیله‌ی بیان عواقب جدی منفی و جلوه دادن آن‌ها در نظر مددجویان بنمایند. در کنار عواقب بالینی، می‌بایست اثرات آن بیماری بر روی خانواده، شغل و روابط فرد نیز بیان گردد. غالباً سازه‌های شدت درک شده و حساسیت درک شده با هم تحت عنوان تهدید درک شده^۱ نامیده می‌شوند.

منافع درک شده: در رابطه با اعتماد به مزایای روش‌های پیشنهادی جهت کاهش خطر وخامت

بیماری یا وضعیت زیان‌بار حاصل از یک رفتار خاص می‌باشد. اثربخشی نسبی روش‌های پیشنهادی در دسترس، نقش عمده‌ای در شکل‌گیری کنش‌های فرد دارد. یک گزینه یا راه حل موجود، در صورتی که موجب کاهش حساسیت درک شده یا شدت درک شده بیماری گردد، احتمال دارد که به عنوان منفعت

1 Perceived Theat

در نظر گرفته شود (۳۷). هنگامی که افراد بر این باور باشند که عمل پیشگیری کننده، نتیجه مثبت دارد احتمال بیشتری دارد که رفتار مطلوب را انجام دهند (۳۸).

پس آموزشگران بهداشت باید به توضیح دقیق رفتاری که بایستی انجام شود بپردازند و مزایا یا منافع حاصل از آن رفتار را برجسته نمایند.

موانع درک شده: اشاره به باورهایی در مورد هزینه‌های واقعی و متصور پیگیری رفتار جدید دارد. ممکن است شخصی بر این باور باشد که یک رفتار جدید در کاهش حساسیت یا شدت درک شده بیماری مؤثر است، لکن انجام آن رفتار را پرهزینه، دشوار، ناخوشایند، دردناک یا آشفته کننده بداند (۲۸)، بنابراین افراد در صورتی رفتار سالم را انجام می‌دهند که احساس کنند موانع انجام رفتار سالم را می‌توان مرتفع ساخت (۳۹).

لازم است آموزشگران بهداشت در جهت کاهش چنین موانعی تلاش کنند تا این موانع باعث جلوگیری از انجام اعمال توصیه شده توسط شخص نگردند و این کار را می‌توانند بوسیله دادن اطمینان مجدد، رفع سوء تفاهمات و یا تأمین مشوق‌ها صورت دهند (۳۱).

لازم است آموزشگران بهداشت در جهت کاهش چنین موانعی تلاش کنند تا این موانع باعث جلوگیری از انجام اعمال توصیه شده توسط شخص نگردند و این کار را می‌توانند بوسیله دادن اطمینان مجدد، رفع سوء تفاهمات و یا تأمین مشوق‌ها صورت دهند (۳۱).

راهنما برای عمل: عبارت است از محرک‌هایی که تصمیم‌گیری را سرعت می‌بخشند. آنها به دو شکل عمل می‌کنند. راهنماها یا داخلی هستند مانند سردرد که باعث می‌شود فرد رفتاری را در جهت رفع آن انجام دهد و یا خارجی هستند مانند وسایل ارتباط جمعی و روابط بین افراد که به افراد کمک می‌کنند رفتار خاصی را انجام دهند (۴۰).

چنانچه حساسیت درک شده یا شدت درک شده پایین باشد، محرک بسیار قویتری به عنوان راهنما برای عمل مورد نیاز است. هنگامی که حساسیت یا شدت درک شده بالا باشد، محرک خفیف نیز کافی است.

خودکارآمدی، حاصل اطمینان از این موضوع می باشد که شخص توانایی لازم برای پیگیری یک رفتار را دارد. خودکارآمدی مربوط به رفتار خاص و زمان حال بوده و به گذشته یا آینده ارتباطی ندارد (۳۱). خودکارآمدی درک شده بر موانع انجام رفتار تاثیر می گذارد. هرچه خودکارآمدی برای انجام یک رفتار بیشتر باشد، موانع ادراک شده برای انجام آن رفتار کمتر می شود. خودکارآمدی درک شده تعیین کننده ی احساس، فکر، انگیزه و رفتار افراد می باشد. هر چه اعتقاد خودکارآمدی ب التر باشد، عملکرد انسان در زمینه های مختلف افزایش می یابد. افرادی که خودکارآمدی بالا دارند به جای اجتناب از وظایف مشکل با آنها به مبارزه برمی خیزند. این افراد اهداف چالش برانگیز را برای خویش تنظیم و تعهد بالایی برای رسیدن به هدف دارند. افراد دارای خودکارآمدی بالا شکست های خود را به تلاش ناکافی و دانش و مهارت اندک خود در دستیابی به آن اهداف نسبت داده و پس از شکست، سریعاً به حالت اولیه برمی گردند. آنها معتقدند، خود می توانند موقعیت های تهدیدآور را کنترل کنند . حتی احساس و گمان خودکارآمدی در افراد باعث افزایش علاقه به انجام رفتار خواهد شد. خودکارآمدی بر عملکرد فرد، کاهش تنیدگی و کاهش ابتلا به افسردگی تاثیرگذار می باشد. در مقابل، افراد با خودکارآمدی پایین، وظایف مشکل را تهدید کننده های فردی دانسته، دغدغه های اندک داشته، هنگام رویارویی با وظایف مشکل به کفایت خود شک کرده و به جای تفکر در مورد چگونگی انجام موفقیت آمیز رفتار، انواع نتایج منفی را در سر می پروراند و تعهد ناچیزی برای رسیدن به اهداف خویش نشان می دهند.

مفهوم خودکارآمدی را می توان بعنوان هدف اصلی در منشور اتاوا قلمداد نمود . در منشور اتاوا ارتقاء سلامت فواید قادرسازی افراد برای افزایش کنترل بر خود به منظور داشتن سلامت بهتر تعریف شده است (۴۱).

خودکارآمدی، درک ذهنی فرد از توانایی اش برای انجام شایسته رفتارهای بهداشتی می باشد که هدف آموزشگران بهداشت، افزایش این درک ذهنی است (۴۲).

متغیر خودکارآمدی را می توان در برنامه ریزی برنامه های بهداشتی از طریق رسانه های جمعی مورد استفاده قرار داد (۴۱).

انتظارات خودکارآمدی پیش نیاز مهم برای تغییر رفتار محسوب می شود، چرا که تعیین کننده ی تصمیم اولیه برای انجام رفتار، افزایش تلاش ها و مقاومت در برابر موانع می باشد. انتظارات خودکارآمدی پیشگویی کننده ی خوبی از عملکرد می باشد. گرین^۱ در سال ۱۹۸۶ بیان کردند که خودکارآمدی یک اصل ارتباط دهنده بین آگاهی و رفتار است. تنها دانستن اینکه فرد بایستی چه کاری انجام دهد و دانستن علل انجام آن رفتار، برای فرد کافی نمی باشد، بلکه بایستی خود را برای انجام آن رفتار توانا بداند. محققان و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی درصدد تقویت خودکارآمدی بیماران خود هستند . باید توجه داشت که افزایش خودکارآمدی در بیماران باعث توانمندسازی آنها می گردد.

خودکارآمدی شامل دو نوع از انتظارات است که بر رفتار تأثیر می گذارند . نوع اول انتظارات کارآمدی است که، خودکارآمدی درک شده نامیده می شود و اشاره به توانایی درک شده افراد برای انجام یک رفتار دارد. دومین نوع از انتظارات، انتظارات نتیجه است که اشاره به اعتقادات فرد برای رسیدن به نتایج معین با مشغول شدن به رفتارهای خاص دارد (۴۳).

در پذیرش رفتارهای بهداشتی ابتدا فرد قصد کرده و سپس اقدام به اجرای رفتار می کند. انتظارات نتیجه تعیین کننده مهمی در شکل گیری قصد می باشد. سطوح خودکارآمدی در افزایش یا ممانعت از انگیزش برای انجام رفتار نقش دارند. خودکارآمدی نقش مهمی در مراحل تنظیم رفتارهای سالم توسط خود افراد دارد (۴۴).

برای ایجاد خودکارآمدی، چهار استراتژی کاربرد دارد:

۱. شکستن و تقسیم رفتار پیچیده به مراحل کوچک عملی و قابل انجام.

۲. استفاده از روش نمایش از طریق یک الگوی قابل باور.

۳. بهره گیری از ترغیب و اطمینان بخشی.

۴. کاهش استرس.

الگوی اعتقاد بهداشتی اینطور فرض می کند که کنش وابسته به سلامت، بستگی به وقوع همزمان

سه دسته از عوامل دارد:

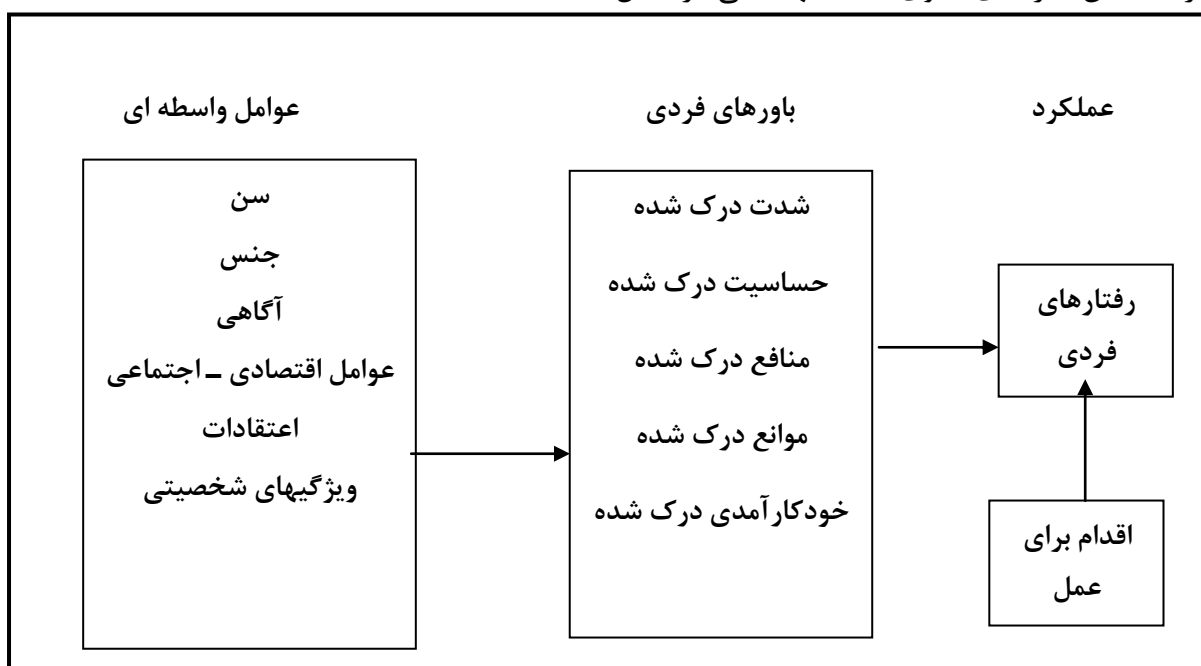
¹Green

(۱) وجود انگیزش کافی (یا نگرانی بهداشتی) تا موجب برجسته سازی و قابل توجه نشان دادن مسائل بهداشتی گردد.

(۲) این باور که شخص نسبت به یک مسئله بهداشتی جدی یا در برابر پیامدهای آن ناخوشی یا اختلال، حساس (آسیب پذیر) می باشد که اغلب تهدید درک شده نامیده می شود.

(۳) این باور که پیگیری یک توصیه بهداشتی خاص، در کاهش تهدید درک شده و با یک هزینه قابل قبول از نظر ذهنی مفید خواهد بود (۳۱).

ارتباط بین سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی در شکل ۱-۱ آمده است.



شکل ۱-۱ - ارتباط سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی

۱-۳-۲-۵ طرز استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی

ادراکات بر احتمال و شروع عمل به طور مستقیم و عوامل دموگرافیک، اجتماعی و متغیر ه ای ساختاری که مجموعه ای از عوامل تعدیل کننده هستند بطور غیر مستقیم بر وقوع عمل موثرند. سازه های الگو با هم ارتباط متقابل دارند. برای مثال هنگامی که ادراک حساسیت و شدت بالاست یک تحریک بسیار کوچک ممکن است برای شروع عمل کافی باشد.

از این الگو به تنهایی به عنوان اساس نظری برنامه آموزشی استفاده می شود (۲۸).

۱-۳-۲-۶ چالشها و محدودیتهای کار با الگوی اعتقاد بهداشتی

این الگو مانند هر نظریه و الگویی دارای محدودیتهایی است از جمله اینکه:

۱. تاثیر نرمهای اجتماعی و همسالان روی تصمیم گیری افراد در این الگو جایی ندارد.
۲. تاکید زیاد به تعیین کنندههای فردی، احتمال خطر سرزنش فرد را ایجاد می کند.
۳. الگوی اعتقاد بهداشتی بر نگرشها و عقاید متمرکز است پس برای کار با رفتارهای عادی مانند سیگار، تغذیه و ... که بطور احساسی برانگیخته می شوند کمتر مناسب دارد.
۴. بعنوان یک الگوی روانشناسی به عوامل اقتصادی و محیطی موثر بر رفتار در این الگو توجهی نمی شود.
۵. برای استفاده از پیامهای ترس آور به منظور تسهیل حساسیت و شدت متصور، باید دقت شود که افراد بیش از حد ترسانده نشوند. وقتی سطح ترس بالا باشد فرد ممکن است احساس ناتوانی کند.
۶. این الگو برای مداخلات طولانی مدت و پیچیده اجتماعی، مانند مصرف الکل و تنباکو مناسب نیست.
۷. این الگو نسبت به برخی الگوهای دیگر مانند نظریه عمل منطقی، نظریه رفتار برنامه ریزی شده و الگوی پرسید-پرسید دارای قدرت پیش بینی کننده ی کمتری می باشد (۳۱ و ۲۸).

۱-۳-۳ عفونت ادراری در بارداری

عفونتهای دستگاه ادراری شایعترین عفونتهای باکتریایی در دوران حاملگی هستند.

عفونت علامتدار ممکن است با درگیر ساختن کالیس ها، لگنچه و پارانشیم کلیه، سبب پیلونفریت

شود (۱۲). از عفونتهای ادراری علامت دار می توان به سیستیت، اورتریت و پیلونفریت حاد اشاره نمود.

۱-۳-۳-۱ سیستم و اورتریت

عفونت مثانه (سیستیت) و مجاری ادراری (اورتریت) در جریان بارداری، ممکن است در غیاب باکتریوری مخفی قبلی به وجود آید. به طور تیپیک سیستیت با سوزش ادرار، احساس فوریت در دفع ادرار و تکرر ادرار مشخص می‌شود. اگر چه سیستیت معمولاً بدون عارضه است، ممکن است عفونت صعودی سبب درگیری مجاری ادرار فوقانی شود. درمان سیستیت و اورتریت همانند باکتریوری بدون علامت با درمان آنتی بیوتیکی ۳ روزه، به میزان ۹۰ درصد موثر است (۲۱).

۱-۳-۳-۲ پیلونفریت حاد

عفونت کلیه شایع‌ترین عارضه جدی حاملگی است. همچنین دومین علت شایع بستری شدن به دلیل مسائل غیر بارداری می‌باشد. پیلونفریت با زایمان زودرس و افزایش بروز فلج مغزی در نوزادان همراه بوده است. با توجه به مشاهدات مابی^۱ و همکاران (۱۹۹۷) مبنی بر اینکه سپسیس با منشاء ادراری علت اصلی شوک سپسیس در دوران حاملگی است، وخامت این مساله بیش از پیش آشکار می‌شود. پیلونفریت در سه ماهه دوم شایع تر می‌باشد. پیلونفریت معمولاً بسیار ناگهانی و با تب و لرزهای تکان دهنده شروع می‌شود و با درد مداوم در پهلوها همراه است. معمولاً انجام دق در یک یا هر دو زاویه دنده‌ای - مهره‌ای، سبب برانگیختن حساسیت می‌شود.

به دلیل شیوع عوارض م‌ادر و جنینی پیلونفریت در بارداری، درمان آن نیاز به بستری در بیمارستان و دریافت آنتی بیوتیک به صورت وریدی دارد.

عفونت راجعه، چه مخفی و چه علامت دار شایع است و در ۳۰-۴۰ درصد زنان به دنبال تکمیل درمان پیلونفریت رخ می‌دهد. در صورتیکه اقدامات دیگری برای اطمینان از استریل بودن ادرار صورت نگرفته باشد، با درمان‌های نگهدارنده در بقیه دوران بارداری احتمال عود باکتریوری را به میزان ۸ درصد محدود می‌کنند (۲۱).

¹ Mabie

۴-۱ اهداف پژوهش

۱-۴-۱ هدف کلی

۱. تعیین تاثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در ارتقاء بهداشت سیستم اداری - تناسلی

خانم‌های باردار

۲-۴-۱ اهداف جزئی

۱. توصیف عوامل واسطه‌ای (سن، تعداد بارداری، شغل و میزان تحصیلات خود و همسر) در دو

گروه آموزش و کنترل قبل از آموزش.

۲. مقایسه عوامل واسطه‌ای (سن، تعداد بارداری، شغل، میزان تحصیلات خود و همسر) در دو

گروه آموزش و کنترل قبل از آموزش.

۳. مقایسه میانگین نمره آگاهی در زمینه رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت سیستم اداری -

تناسلی در بارداری، بین دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری قبل از آموزش.

۴. تعیین اثر بخشی و مقایسه تغییرات در میانگین نمره آگاهی در زمینه رفتارهای ارتقاء دهنده

بهداشت سیستم اداری - تناسلی در بارداری در طول دوره مطالعه (قبل، بلافاصله و سه ماه

بعد از آموزش) در دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری.

۵. مقایسه میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده، شدت درک

شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده) در ارتقاء بهداشت

سیستم اداری - تناسلی در گروه آموزش حضوری و غیرحضوری قبل از مطالعه.

۶. تعیین اثر بخشی و مقایسه تغییرات در میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

(حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی

درک شده) در ارتقاء بهداشت سیستم اداری - تناسلی در بارداران در طول دوره مطالعه

(قبل، بلافاصله و سه ماه بعد از آموزش) در گروه آموزش حضوری و غیرحضوری.

۷. مقایسه میانگین نمره رفتار بهداشتی در زمینه رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت سیستم

اداری- تناسلی در بارداری در دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری قبل از آموزش.

۸. تعیین اثر بخشی و مقایسه تغییرات میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت سیستم

اداری- تناسلی در طول مطالعه (قبل و سه ماه بعد از آموزش) در دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری.

۹. مقایسه فراوانی نسبی عفونت ادراری در دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری قبل از

آموزش.

۱۰. مقایسه فراوانی نسبی عفونت ادراری در دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری سه ماه بعد

از آموزش.

۳-۴-۱ اهداف کاربردی

شناخت میزان تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در ارتقاء بهداشت سیستم اداری - تناسلی جهت تائید برنامه آموزشی و ارائه آن به مراکز بهداشتی - درمانی.

۴-۴-۱ فرضیات

۱. عوامل واسطه ای (سن، تعداد بارداری، شغل و میزان تحصیلات خود و همسر) در گروه

آموزش حضوری و غیرحضوری قبل از آموزش یکسان است.

۲. میانگین نمره آگاهی در زمینه رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت سیستم اداری- تناسلی در

بارداری قبل از آموزش در گروه آموزش حضوری و غیرحضوری یکسان است.

۳. میانگین نمره آگاهی در زمینه رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت سیستم اداری - تناسلی در

بارداری بعد از آموزش در دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری متفاوت است.

۴. میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی) در ارتقاء بهداشت سیستم اداری - تناسلی در بارداری قبل از آموزش در گروه آموزش حضوری و غیرحضوری یکسان است.
۵. میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی) در ارتقاء بهداشت سیستم اداری - تناسلی در بارداری بعد از آموزش در گروه آموزش حضوری و غیرحضوری متفاوت است.
۶. فراوانی نسبی عفونت اداری در دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری قبل از آموزش یکسان است.
۷. فراوانی نسبی عفونت اداری بعد از آموزش در دو گروه آموزش حضوری و غیرحضوری متفاوت است.

۱-۴-۵) سوالات

- ۱) عوامل واسطه‌ای (سن، تعداد بارداری، شغل و می‌زان تحصیلات خود و همسر) در گروه آموزش حضوری و غیرحضوری قبل از آموزش چگونه است؟